



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2005

Spitalfinanzierung - Spitäler im Spannungsfeld zwischen Grund- und Zusatzversicherung

Gächter, Thomas ; Vollenweider, Irene

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-175461>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Gächter, Thomas; Vollenweider, Irene (2005). Spitalfinanzierung - Spitäler im Spannungsfeld zwischen Grund- und Zusatzversicherung. Jusletter:1-8.

Thomas Gächter (Hrsg.)

2. Zentrumstag des
Luzerner Zentrums für Sozialversicherungsrecht

Spitalfinanzierung

Spitäler im Spannungsfeld zwischen Grund- und
Zusatzversicherung

Digitaler Tagungsband zur Tagung vom 21. April 2005
Jusletter vom 16. Mai 2005 (www.jusletter.ch), ISSN 1424-7410

Gedruckte Version

Bern/Luzern 2005

Vorwort

Am 21. April 2005 fand in Luzern der «2. Zentrumstag» des Luzerner Zentrums für Sozialversicherungsrecht (*LuZeSo*) statt. Zum Tagungsthema «Spitalfinanzierung. Spitäler im Spannungsfeld zwischen Grund- und Zusatzversicherung» nahmen Vertreter von Wissenschaft, Politik und Praxis mit unterschiedlichen Schwerpunkten Stellung.

Der einleitende Beitrag (*Prof. Thomas Gächter/Dr. Irene Vollenweider*) ist als thematische Einführung in das Tagungsthema sowie die zentralen Fragestellungen der einzelnen Referate zu verstehen.

Regierungsrat *Dr. Markus Dürr* nimmt aus der Sicht der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), deren Präsident er gegenwärtig ist, Stellung zu den Entwicklungen im Bereich der Spitalfinanzierung.

Die juristischen Grundlagen zur Unterscheidung grund- und zusatzversicherter Spitalleistungen werden von *Dr. Gebhard Eugster* erschlossen. Der Beitrag von *Martin Brunnschweiler* (stv. Generalsekretär der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich) gewährt einen Einblick in die aktuelle Praxis zum stationären Tarifrecht. *Prof. Tomas Poledna* erläutert die (z.T. prekäre) Stellung der Privatspitäler als Leistungserbringer im Bereich der Grund- und Zusatzversicherung.

Der zweite Teil der Beiträge weitet den Blick auf zusätzliche Aspekte, die im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung von Bedeutung sind. *Dr. Markus Müller*, Direktor des Stadtspitals Triemli Zürich, zeigt auf, welche Faktoren neben der versicherungsmässigen Finanzierung für die Ein- und Ausgaben eines Spitals in der Praxis von Bedeutung sind. *Dr. Hans Heinrich Brunner*, Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit, hat in seinem Referat die Perspektiven der Spitalfinanzierung erläutert. Er hat darauf hingewiesen, dass die künftige Diskussion viel stärker als die bisherige vom europäischen Recht bzw. von der Möglichkeit der stationären Behandlung im Ausland geprägt sein wird; dies nicht nur im Rehabilitationsbereich, wo sich in der Praxis bereits entsprechende Ansätze finden, sondern auch im Bereich der kostenintensiven Spitzenmedizin (z.B. bei seltenen Transplantationen). Aus zeitlichen Gründen steht das Referat hier leider nicht im Volltext zur Verfügung. Abschliessend geht der Gesundheitsökonom *Dr. Willy Oggier* auf die Frage ein, welche Finanzierungsform den Zielen des KVG am ehesten gerecht wird.

Die für die Publikation überarbeiteten Referatstexte wurden im Jusletter vom 16. Mai 2005 als digitaler Tagungsband einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht (www.jusletter.ch). Der vorliegende Band stellt die ausgedruckte Version der unveränderten Beiträge dar.

Die Originalpublikation der nachfolgend wiedergegebenen Beiträge findet sich im Jusletter vom 16. Mai 2005, Schwerpunktausgabe Gesundheitsrecht (www.jusletter.ch). Bei der vorliegenden Druckversion handelt es sich um eine unveränderte Wiedergabe dieser Beiträge. Es wird deshalb empfohlen, die jeweiligen Beiträge nach der Originalpublikation und mit Randziffern zu zitieren. Diese stimmen in der digitalen Version und der vorliegenden Druckversion überein.

Zitiervorschlag: GEBHARD EUGSTER, Die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen im Spitalbereich: Welche juristischen Kriterien sind massgeblich?, in: Jusletter 16. Mai 2005, Rz. 34.

Im Namen des *LuZeSo* danke ich allen Referenten für ihre Beiträge und hoffe, dass die Erträge des «2. Zentrumstags» zur juristischen Klärung der komplexen Spitalfinanzierungsfragen beitragen.

Prof. Dr. iur. *Thomas Gächter*, Luzern/Zürich

Prof. Dr. iur. *Thomas Gächter*
Universität Luzern
Luzerner Zentrum für Sozialversicherungsrecht (LuZeSo)
Hirschengraben 31
Postfach 7460
6000 Luzern 7
thomas.gaechter@unilu.ch

Inhaltsübersicht

Thomas Gächter/Irene Vollenweider

Spitalfinanzierung

Spitäler im Spannungsfeld zwischen Grund- und Zusatzversicherung 1

Markus Dürr

Einleitende Stellungnahme des Präsidenten der

Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) 9

Gebhard Eugster

Die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen

im Spitalbereich: Welche juristischen Kriterien sind massgeblich? 15

Martin Brunnschweiler

Aktuelle Rechtsprobleme der Tarifgestaltung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern

Ein Überblick über die Praxis 47

Tomas Poledna

Die Stellung der Privatspitäler als Leistungserbringer in der sozialen

Krankenversicherung und im Bereich der Zusatzversicherungen 59

Markus Müller

Spitalplanung und Spitalfinanzierung aus der Sicht eines Spitals 79

Willy Oggier

Spitalfinanzierung de lege ferenda:

Welche Finanzierungsform wird den Zielen des KVG am ehesten gerecht? 91

Anhang

Hans Heinrich Brunner

Unterlagen zum Referat «Perspektiven der Spitalfinanzierung:

Nationale Kooperation in einzelnen Bereichen und Spitalbehandlung

im Ausland als Herausforderungen für das Spitalfinanzierungssystem» 99

Spitalfinanzierung Spitäler im Spannungsfeld zwischen Grund- und Zusatzversicherung

Prof. Dr. iur. Thomas Gächter / Dr. med. et lic. iur. Irene Vollenweider

Ausgangslage, zentrale Fragestellungen sowie wesentliche Thesen der Referate des «2. Zentrumstags» des Luzerner Zentrums für Sozialversicherungsrecht (LuZeSo) vom 21. April 2005 werden im Sinn eines thematischen Überblicks gerafft dargestellt.

Inhaltsübersicht

1. Ausgangslage und Fragestellung
2. Grund- und Zusatzversicherung
3. Einzelfragen
 - 3.1. Rolle der Kantone
 - 3.2. Juristische Unterscheidungskriterien zwischen Grund- und Zusatzversicherung
 - 3.3. Praxis der Tarifgestaltung
 - 3.4. Stellung der Privatspitäler
 - 3.5. Sicht der öffentlichen Spitäler
 - 3.6. Perspektiven der Spitalfinanzierung
 - 3.7. Spitalfinanzierung de lege ferenda

1. Ausgangslage und Fragestellung

[Rz 1] Das schweizerische Gesundheitswesen verursacht Kosten von jährlich deutlich über 50 Milliarden Franken. Der Löwenanteil dieser Kosten – insgesamt rund 35 Prozent bzw. gegen 20 Milliarden Franken – fällt in den Spitälern an. Allein die Höhe des Kostenanteils zeigt, dass es von höchster praktischer Relevanz ist, sich auch aus juristischer Sicht mit der Spitalfinanzierung zu befassen.

[Rz 2] Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision in der Wintersession 2003 hat sich der Bundesrat für eine schrittweise Umsetzung der Reformanliegen im Krankenversicherungsrecht entschieden. In der Botschaft vom 26. Mai 2004 stellte er seine Strategie vor und beantragte die Änderung besonders dringlicher

Punkte.¹ Neben anderen Änderungen wurde auch das dringliche Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung vom 21. Juni 2002,² welches die finanziellen Folgen der Rechtsprechung zur kantonalen Kostenbeteiligung an innerkantonalen Behandlungen in Privat- oder Halbprivatabteilungen öffentlicher oder öffentlich subventionierter Spitäler betrifft (BGE 127 V 422), zur Anpassung und Verlängerung vorgeschlagen. Die Verlängerung gilt bis zum (allfälligen) In-Kraft-Treten des dual-fixen Finanzierungsmodells, längstens aber bis am 31. Dezember 2006.³ Am 15. September 2004 verabschiedete der Bundesrat zudem als «Reformpaket 2a» Entwurf und Botschaft zu einer veränderten Spitalfinanzierung.⁴

[Rz 3] Ein zentrales Institut der Spitalfinanzierung, nämlich die Finanzierung der stationären Behandlung und Pflege durch die soziale Krankenpflegeversicherung und die Kantone, ist damit gegenwärtig in Teilbereichen nur *provisorisch* geregelt und in seinen Kerngebieten *in Revision*.

[Rz 4] Das schweizerische Spitalfinanzierungssystem steht aber noch vor *weiteren Veränderungen*. Neben dem stets wachsenden Spardruck sind etwa die Entwicklungen bei der Konzentration der Spitzenmedizin oder die allfällige Leistungserbringung im europäischen Ausland als Herausforderungen für künftige Reformen zu nennen.

2. Grund- und Zusatzversicherung

[Rz 5] Selbst wenn die bundesrätlichen Revisionsvorschläge zur Spitalfinanzierung umgesetzt werden sollten, bleibt – in wesentlichen Teilen – ein zentrales Problem bestehen: Welche stationären Leistungen überschreiten das von der Grundversicherung gedeckte Mass und können mit Zusatzversicherungen abgedeckt werden? Wo verläuft die Grenze zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen im stationären Bereich?

[Rz 6] Das Verhältnis von Grund- und Zusatzversicherung widerspiegelt eine Fragestellung von höchster sozialpolitischer Brisanz: Je umfassender die grundversicherten Leistungen gefasst werden, desto kleiner wird der Kreis der Leistungen, die von Zusatzversicherungen abgedeckt werden können. Je stärker der Leistungskatalog allenfalls eingeschränkt wird, desto grösser wird die Bedeutung der Zusatzversicherungen.

[Rz 7] Für die juristische Verarbeitung des Themas ist es deshalb von entscheidender Bedeutung, die Grenzen zwischen den grund- und zusatzversicherten Leistungen definieren zu können. Daran knüpfen sodann weitere Fragestellungen an, insbesondere diejenige nach dem Tarifsysteem und dem allfälligen Tarifschutz.

3. Einzelfragen

3.1. Rolle der Kantone

[Rz 8] Die Kantone tragen – gemeinsam mit den Sozialversicherungen – die Hauptlast der Spitalfinanzierung. Aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 127 V 422) und dem bereits erwähnten dringlichen Bundesgesetz⁵ müssen die Kantone auch Zusatzversicherten, die in Privat- oder Halbprivatabteilungen öffentlicher oder öffentlich subventionierter Spitäler behandelt werden, den so genannten kantonalen «Sockelbeitrag» ausrichten.

[Rz 9] Regierungsrat Dr. med. vet. *Markus Dürr* (Markus Dürr, Einleitende Stellungnahme des Präsidenten der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), in: Jusletter 16. Mai 2005), der gegenwärtige Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz, legt aus der Sicht der Kantone dar, dass diese Lösung keine Stütze in der Entstehungsgeschichte des KVG finde. So, wie die Spitalfinanzierung heute praktiziert werde, habe sie überhaupt nie jemand gewollt. Er fordert deshalb den Gesetzgeber auf, möglichst rasch praktikable Regelungen zu erlassen. Die beste Lösung wäre es nach der Ansicht der GDK, den Gesetzeswortlaut in der Weise zu korrigieren, dass die Kantone nicht mehr gezwungen würden, zusatzversicherte Spitalleistungen mit einem Sockelbeitrag zu «subventionieren», d.h. es sollten künftig für Patientinnen und Patienten, die in einer Privat- oder Halbprivatabteilung liegen, keine kantonalen Sockelbeiträge mehr bezahlt werden müssen.

3.2. Juristische Unterscheidungskriterien zwischen Grund- und Zusatzversicherung

[Rz 10] In der Praxis des Bundesgerichts sowie der Praxis des EVG finden sich einige Ansätze, welche juristische Kriterien für die Unterscheidung von grundversicherten und – komplementär dazu – zusatzversicherten Leistungen erkennen lassen. Zu nennen sind in erster Linie die Entscheide BGE 126 III 345, 130 I 306 sowie die nicht in der amtlichen Sammlung enthaltenen Entscheide K 140/02 und K 141/02 vom 12. Oktober 2004. Der erstgenannte Entscheid betrifft ambulante Leistungen, BGE 130 I 306 stationäre Leistungen und die beiden unpublizierten Entscheide teilstationäre Leistungen. Es fällt dabei auf, dass zwischen BGE 130 I 306 (einer von der II. Zivilabteilung in Lausanne beurteilten staatsrechtlichen Beschwerde) und den beiden Entscheiden vom 12. Oktober 2004 (zwei vom EVG beurteilte Verwaltungsgerichtsbeschwerden) gewisse Divergenzen bestehen.

[Rz 11] Dr. iur. *Gebhard Eugster* (Gebhard Eugster, Die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen im Spitalbereich: Welche juristischen Kriterien sind massgeblich?, in: Jusletter 16. Mai 2005), der Ombuds-

man der sozialen Krankenversicherung, stellt in seinem Beitrag unter Beizug der genannten Rechtsprechung sowie der Grundprinzipien der sozialen Krankenpflegeversicherung fest, dass für Behandlungen, medizinische Indikationen und Leistungskategorien, die nach dem KVG Pflichtleistungen sind, im ambulanten Bereich im Verhältnis zur Grundversicherung keine echten Mehrleistungen möglich sind. Keine Lösung lässt sich der Rechtsprechung bislang dazu entnehmen, ob im teilstationären Bereich die freie Arztwahl eine Mehrleistung sein kann. Bei stationären Behandlungen dagegen zählt die freie Wahl des Arztes zu den echten Mehrleistungen. Als echte Mehrleistungen gelten zudem alle Fragen, die im Zusammenhang mit dem besseren Spitalcomfort stehen.

[Rz 12] Anschliessend prüft *Eugster*, inwiefern sich der Tarifschutz des KVG (Art. 44 Abs. 1 KVG) auch auf den Privatpatientenbereich erstreckt. Er zieht von den drei möglichen Varianten (voller Tarifschutz, partieller Tarifschutz, kein Tarifschutz) die am französischen Wortlaut von Art. 44 Abs. 1 KVG orientierte Auslegung vor, nach welcher die Wahl des Privatpatientenstatus als Befreiung von der Tarifschutzpflicht zu deuten ist und damit in diesem Bereich kein Tarifschutz besteht. Als gewichtiges juristisches Argument führt er für diese Auslegung von Art. 44 Abs. 1 KVG zudem die aus dem Verhältnismässigkeitsprinzip abgeleitete Austauschbefugnis an.

3.3. Praxis der Tarifgestaltung

[Rz 13] Ja nachdem, ob sich die Spitaltarife nach öffentlichem Recht oder nach Privatrecht richten, kommen unterschiedliche Grundsätze der Tarifgestaltung zur Anwendung. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Verhältnis von grund- und zusatzversicherten stationären Leistungen verlangt nach einem Tarifmodell, welches den von der Praxis betonten Tarifschutz sachgerecht umsetzt.

[Rz 14] *Martin Brunnschweiler* (Martin Brunnschweiler, Aktuelle Rechtsprobleme der Tarifgestaltung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern, in: Jusletter 16. Mai 2005), stellvertretender Generalsekretär der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, legt die bei der Tarifgestaltung zu beachtenden Grundsätze dar und zeigt auf, dass sich die im Bereich der Grundversicherung verwendeten Abrechnungssysteme nur beschränkt mit den im Zusatzversicherungsbereich angewandten Tarifen koordinieren lassen. Entsprechend dem Tarifschutzgedanken, der in Ansätzen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entnommen werden kann, sind zahlreiche Kantone dazu übergegangen, die Tarife als «Baukastensystem» auszugestalten, was einen partiellen Tarifschutz auch bei zusatzversicherten Leistungen bedeutet. Die Praxis hat damit einen anderen Weg gewählt bzw. die bundesgerichtliche Rechtsprechung anders interpretiert als die Lehre.⁶

3.4. Stellung der Privatspitäler

[Rz 15] Nach der geltenden gesetzlichen Regelung sind Privatspitäler (d.h. Spitäler, die nicht öffentlich oder öffentlich subventioniert sind) angemessen in die kantonale Spitalplanung einzubeziehen. Sie haben jedoch keinen Anspruch auf den kantonalen «Sockelbeitrag» bei der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten.

[Rz 16] Prof. Dr. iur. *Tomas Poledna* (Tomas Poledna, Die Stellung der Privatspitäler als Leistungserbringer in der sozialen Krankenversicherung und im Bereich der Zusatzversicherungen, in: Jusletter 16. Mai 2005), Rechtsanwalt und Titularprofessor für öffentliches Recht an der Universität Zürich, legt dar, dass das in der laufenden KVG-Revision in Aussicht genommene dual-fixe Finanzierungsmodell die Existenz der Privatspitäler bedroht, wenn keine angemessenen Schutzmassnahmen getroffen werden. Insbesondere die Doppelrolle der Kantone als Planungsbehörde und Spitalbetreiber zwingt diese faktisch, die Privatspitäler von ihren Spitallisten zu streichen, um ihnen nicht «Subventionen» zukommen zu lassen, welche sie bislang noch nicht erhalten.

[Rz 17] Auch die jüngste bundesrätliche Rechtsprechung deutet in die Richtung einer erweiterten Planungskompetenz der Kantone. Einem am 13. April 2005 gefällten Bundesratsentscheid lässt sich entnehmen, dass die Kantone auch für den zusatzversicherten Bereich über Planungskompetenzen verfügen sollen, was bei näherer Betrachtung im Widerspruch zur bisherigen bundesrätlichen Praxis steht.⁷ Dieser Entscheid könnte bereits de lege lata für die Privatspitäler einschneidende Folgen haben.

3.5. Sicht der öffentlichen Spitäler

[Rz 18] Betrachtet man die in der Fachliteratur bislang geführten Diskussionen zur Spitalfinanzierung, so verliert man leicht aus den Augen, dass neben dem Abgeltungssystem für die stationären Leistungen gemäss Art. 49 KVG noch weitere Faktoren für die Kosten bzw. die Finanzierung eines Spitals von Bedeutung sind. Zahlreiche kostentreibende Faktoren (z.B. Medikamentenpreise, neue Arbeitszeitvorschriften für assistenzärztliches Personal etc.) bleiben in der juristischen Diskussion meist unberücksichtigt.

[Rz 19] Diese und weitere Aspekte behandelt Dr. oec. publ. *Markus Müller* (Markus Müller, Spitalplanung und Spitalfinanzierung aus der Sicht eines Spitals, in: Jusletter 16. Mai 2005), Direktor des Stadtsitals Triemli Zürich, in seinem Beitrag zur Spitalplanung und -finanzierung aus der Sicht eines Spitals. *Müller* dämpft die Hoffnungen, dass mit den Mitteln der Finanzierung die Kostenbremse angezogen werden könne. Er fasst die Haltung eines Spitals zu Spitalplanung und Spitalfinanzierung in vier zentralen Punkten zusammen:

- Zentral ist die Definition der notwendigen Leistungen und insbesondere der aufgrund des medizinischen Fortschritts zu erbringenden neuen Leistungen. Nur so kann die Kostenentwicklung transparent limitiert werden.
- Spitalplanungen sind notwendig und sinnvoll, sofern sie als Leistungsplanungen durchgeführt werden.
- Über die Spitalfinanzierung kann das Problem der Kostenentwicklung nicht gelöst werden. Die aktuellen Versuche führen tendenziell zu Intransparenz in der Leistungserbringung, da die Spitäler ihre Leistungen individuell festlegen müssen.
- Es führt nichts an der öffentlichen Diskussion des Umfangs der notwendigen medizinischen Leistungen vorbei – auch wenn die Materie komplex und die Entscheidungsfindung schwierig ist. Placebos heilen auch im Gesundheitswesen nicht wirklich.

[Rz 20] Die Politik ist deshalb gefordert, endlich zuhänden der Leistungserbringer zu definieren, was genau unter qualitativ hochstehender und zweckmässiger Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG) zu verstehen ist.

3.6. Perspektiven der Spitalfinanzierung

[Rz 21] Wie eingangs dargelegt befindet sich das geltende System der Spitalfinanzierung gleich in verschiedener Hinsicht im Umbruch. Einerseits wird das Spitalfinanzierungssystem im Krankenversicherungsgesetz gegenwärtig überarbeitet, andererseits zeichnen sich weitere Veränderungen ab, die von massgeblichem Einfluss auf die Spitalfinanzierung sein können. Aktuell diskutiert wird die Verlagerung stationärer Behandlungen ins europäische Ausland; dies im Hinblick auf die europäischen Entwicklungen im Bereich des Dienstleistungsverkehrs, der nach der Rechtsprechung des EuGH auch die Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst. Weiter wird sich in Zukunft für bestimmte Arten der Spitzenmedizin – etwa für seltene Transplantationen – vermehrt die Frage stellen, ob es aus Kosten- und Qualitätsgründen nicht angezeigt wäre, die stationären Infrastrukturen nur an einem Ort anzubieten, allenfalls auch an einem ausländischen Behandlungsort.

[Rz 22] Dr. med. *Hans Heinrich Brunner* MPH, Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit, hat in seinem Referat die aktuelle politische Diskussion zu den verschiedenen Spitalfinanzierungsmodellen nachgezeichnet. Deutlich wurde aus *Brunners* Votum, dass die Umwälzungen, die sich aus der laufenden KVG-Revision ergeben, im Verhältnis zu den weiter in Aussicht stehenden Entwicklungen als eher gering einzustufen sind. Politisch sei das Territorialitätsprinzip für die Leistungserbringung in der Krankenversicherung gegenwärtig zwar noch nicht angezweifelt worden; das weiterhin zu erwartende Kostenwachstum sowie

die fortschreitende Integration in den europäischen Markt könnten nach seiner Einschätzung mittelfristig jedoch zu einem Umdenken führen.

3.7. Spitalfinanzierung de lege ferenda

[Rz 23] Wenn das Spitalfinanzierungssystem schon im Umbruch ist, so lässt sich etwa aus gesundheitsökonomischer Sicht fragen, welches Finanzierungsmodell insgesamt – gemessen an den Zielen des KVG – das Beste ist.

[Rz 24] Diese Frage prüft der Gesundheitsökonom Dr. oec. *Willy Oggier* (Willy Oggier, Spitalfinanzierung de lege ferenda: Welche Finanzierungsform wird den Zielen des KVG am ehesten gerecht?, in: Jusletter 16. Mai 2005) in seinem abschliessenden Beitrag. Er stellt dabei fest, dass für eine KVG-zielkonforme Finanzierung weniger die Wahl der konkreten Finanzierungsform als vielmehr die Bereitschaft der Politik entscheidend ist, die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Chancen von Finanzierungsanreizen möglichst vollständig zu nutzen und die Gefahren weitgehend einzudämmen. Aus gesundheitsökonomischer Sicht seien für alle diskutierten Spitalfinanzierungsmodelle insbesondere zwei Punkte zu beachten: Einerseits müssten Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung in jedem System konsequent analysiert und möglichst weitgehend zusammengelegt werden. Andererseits sei eine morbiditätsorientierte Anpassung des Risikoausgleichs eine unerlässliche Vorbedingung, die erfüllt sein muss, wenn über einen Wechsel zur leistungsorientierten Finanzierung – egal ob dual-fix oder monistisch – diskutiert wird.

Prof. Dr. iur. Thomas Gächter ist a.o. Professor für Sozialversicherungsrecht an der Universität Luzern und SNF-Förderungsprofessor für Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht an der Universität Zürich.

Dr. med. et lic. iur. Irene Vollenweider ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Luzerner Zentrums für Sozialversicherungsrecht (LuZeSo) und ehemalige Tarifmanagerin in der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

¹ Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte) vom 26. Mai 2004, BBl 2004 4259 ff.

² Dringliches Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung, SR 832.14.

³ Änderung vom 8. Oktober 2004, AS 2004 4373.

⁴ BBl 2004 5551 ff.

⁵ Siehe Fn. 2.

⁶ Siehe die soeben in diesem Beitrag dargelegte anderslautende Ansicht von Eugster.

⁷ V.a. zum Entscheid «Josefsklinik» (RKUV 4/1999, 356 ff.).

Einleitende Stellungnahme des Präsidenten der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)

Dr. med. vet. Markus Dürr

In seiner einleitenden Stellungnahme erläutert der gegenwärtige Präsident der GDK aus der Sicht der Kantone aktuelle Probleme der Spitalfinanzierung. Er vertritt die These, dass die gegenwärtig praktizierte Finanzierungslösung nicht dem wahren Willen des Gesetzgebers entspricht und empfiehlt eine entsprechende Anpassung des Krankenversicherungsgesetzes im Rahmen der laufenden Revision.

Inhaltsübersicht

- I. Einleitung
- II. Die geltende Regelung, die niemand gewollt hat
- III. Vorschlag der GDK
- IV. Dual-fixe und monistische Finanzierung
 - 1. Dual-fixe Finanzierung
 - 2. Monistisches Modell
- V. Planwirtschaft oder Wettbewerb
- VI. Appell an die Gesetzgebung
- VII. Schluss

I. Einleitung

[Rz 1] Erlauben Sie, dass ich Ihnen als kantonaler Gesundheitsdirektor und Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz kurz ein paar Anliegen der Kantone zur Spitalfinanzierung schildere. Schliesslich sind es wir, die Kantone, die das KVG vollziehen und auch zu einem grossen Teil die Zeche bezahlen müssen!

[Rz 2] Die heute geltende Spitalfinanzierung ist ein eigentliches Lehrbeispiel für die Politik und Juristerei nämlich dafür, wie man es *nicht* machen sollte. Wir müssen heute eine Regelung vollziehen, wie sie so wohl kaum jemand je gewollt hat!

II. Die geltende Regelung, die niemand gewollt hat

[Rz 3] Nach langwierigen Rechtsverfahren hat das EVG entschieden, dass ge-